

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 159

Travail de la Clinique Obstétricale de M. le Professeur VORON

La Marche de l'Accouchement
(Travail et Délivrance)
chez les femmes ayant présenté un syndrome
d'Albuminurie Grave au cours de la gestation

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Aimé BLEIN

Interne suppléant des Hôpitaux

Né le 4 Décembre 1905 à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

La Marche de l'Accouchement
(Travail et Délivrance)
chez les femmes ayant présenté un syndrome
d'Albuminurie Grave au cours de la gestation

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 159

Travail de la Clinique Obstétricale de M. le Professeur VORON

La Marche de l'Accouchement
(Travail et Délivrance)
chez les femmes ayant présenté un syndrome
d'Albuminurie Grave au cours de la gestation

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Aimé BLEIN

Interne suppléant des Hôpitaux

Né le 4 Décembre 1905 à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Ehème MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	BERNHEIM	MORENAS
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	REPATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch....
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch....
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président*; TRILLAT, *assesseur*;

RHENTER et EPARVIER.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage de profonde affection et d'infinie reconnaissance.

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de toute notre respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD

Chef de Clinique Obstétricale

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse. Nous sommes heureux de lui dire ici notre vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a témoigné et pour l'aide qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

Accoucheur de l'Hôtel-Dieu

Nous gardons un souvenir ému de la bienveillance qu'il nous témoigna durant tout le semestre pendant lequel nous avons été son externe, et qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner depuis.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de toute notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Médecin des Hôpitaux

Pendant un semestre de notre externat, nous avons eu l'honneur de l'avoir pour Maître. Nous le remercions des marques de bienveillance qu'il nous a prodiguées, de son enseignement si précieux et de la belle médecine qu'il nous a révélée.

Avec l'hommage de notre profonde admiration, nous le prions d'accepter celui de notre vive reconnaissance.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ ET DANS LES HÔPITAUX

La Marche de l'Accouchement
(Travail et Délivrance)
chez les femmes ayant présenté un syndrome
d'Albuminurie Grave au cours de la gestation

CHAPITRE PREMIER

Alors que nous étions stagiaire dans le service de notre Maître le Professeur Voron, nous avons eu l'occasion d'observer à l'infirmerie deux femmes présentant un syndrome d'albuminurie grave au cours des derniers mois de leur gestation, et comme nous formuliions des réserves quant au pronostic de l'accouchement, nous avons été surpris de voir ces deux femmes accoucher spontanément, sans présenter d'accidents notables, tant au cours du travail que pendant la période de la délivrance. Nous avons, du reste, observé quelques faits analogues alors que nous avions l'honneur d'être l'externe de M. Gonnet à l'Hôtel-Dieu.

Ayant recherché ce qui, dans les classiques, est dit de l'accouchement chez les femmes albuminuriques, prééclamptiques ou éclamptiques, en un mot chez les femmes présentant une intoxication sévère à la fin de leur grossesse, nous n'avons trouvé ni dans le traité de Bar et Brindeau, ni dans celui de Démelin et Devraigne, non plus que dans les précis de Fabre et de

Dubrisay et Jeannin, la moindre indication quant à la mécanique obstétricale chez de semblables malades. Quant à Vinay, s'il insiste déjà sur les rapports existant entre le décollement prématuré du placenta normalement inséré et les intoxications gravidiques, il ne dit rien de l'accouchement proprement dit lorsqu'il est exempt de cette complication redoutable.

En un mot, en dehors des complications relatives à un décollement partiel ou total du placenta, avec leur forme majeure représentée par l'apoplexie utéro-placentaire, rien n'est signalé dans les livres classiques quant à la marche même du travail et de la délivrance.

Au demeurant, cette question présente un intérêt actuel, et cela pour les raisons suivantes :

I. Parce que, à la suite des travaux de Widal et Castaigne, de Lemierre, de Lévy-Solal, les accoucheurs ont été conduits à un essai de classification des albuminuries vraies, liées, en apparence du moins, à une intoxication gravidique, le rein étant supposé complètement sain avant le début de la grossesse, ou bien présentant au contraire une lésion minime, latente jusque-là et mise en évidence par la gestation.

Cet essai de classification a été tout particulièrement poursuivi à la Clinique obstétricale, sous la direction de notre Maître M. le Professeur Voron, et c'est de ce désir de classer les faits que sont nées les thèses lyonnaises de Moleyre et de Brochier.

Actuellement, dans les syndromes d'albuminurie au cours de la gestation, il semble qu'on puisse distinguer les faits suivants :

A) LES FORMES ALBUMINEUSES SIMPLES.

Aucun autre signe que l'albuminurie ne peut être mis en évidence. Cependant nous éliminons de cette catégorie toutes les albuminuries de taux inférieur à 25 centigrammes, les albuminuries intermittentes et celles qui paraissent liées à une infection des voies urinaires. Il nous reste donc, dans cette catégorie, *les albuminuries constantes à partir du moment où elles sont décelées et dont le taux est trouvé supérieur à 25 centigrammes par litre.*

B) DES FORMES CHLORURÉMIQUES,

dans lesquelles, à l'albuminurie, se surajoutent *des œdèmes*, sans autre signe d'imperméabilité rénale.

C) DES FORMES HYPERTENSIVES.

Nous pensons que le syndrome hypertension ne peut servir à caractériser une forme clinique que s'il s'agit *d'une hypertension manifeste avec, par exemple, une maxima supérieure à 17 ou 18.*

D) DES FORMES AZOTÉMIQUES,

qui sont exceptionnelles du fait de la gestation, qui paraissent bien toujours *liées à une néphrite antérieure*, mais dont il est intéressant d'étudier la répercussion possible sur la mécanique obstétricale.

Ayant donc classé les faits de cette manière, qui est évidemment provisoire mais qui permet cependant d'aborder le problème plus simplement, il est néces-

saire, pour une étude complète de chacun de ces syndromes, de voir si l'un d'entre eux paraît avoir une action sur le tonus utérin.

II. Depuis plusieurs années, l'attention est également attirée sur l'influence possible exercée sur les contractions utérines par *les modifications chimiques ou physiques des humeurs des femmes enceintes*.

Les variations de l'équilibre acide-base, la teneur du sang en calcium ont été étudiées et on a recherché leur répercussion sur le fonctionnement du muscle utérin. Certains auteurs pensent même que la privation de sel au cours du dernier mois de la gestation, active le travail et facilite l'accouchement. D'autres, pour éviter une inertie utérine au moment de la délivrance, conseillent l'absorption quotidienne de chlorure de calcium, au cours de la grossesse.

Sans que ces faits puissent être précisés, car ces différentes recherches aboutissent à des résultats encore contradictoires, il semble bien qu'il y ait un rapport entre le fonctionnement utérin, tant au cours de la grossesse qu'au cours du travail, et l'état physico-chimique des humeurs.

Il apparaît, malgré qu'il soit impossible de préciser rigoureusement l'état physico-chimique du milieu intérieur, que celui-ci est profondément troublé au cours des différents syndromes témoignant d'une intoxication gravidique et accompagnant l'albuminurie. L'existence dans certains cas d'œdèmes volumineux est un moyen grossier, mais de grande valeur, pour apprécier de telles variations.

Il est donc intéressant d'étudier successivement les deux points suivants :

En premier lieu, y a-t-il des modifications nettes de la tonicité et de la contractilité utérine chez les femmes présentant une intoxication gravidique à la fin de leur gestation ?

Et en deuxième lieu, s'il existe de telles variations, peuvent-elles être rapportées plus spécialement à l'existence d'un des syndromes que nous avons énumérés tout à l'heure : chlorurémie, hypertension, hyperazotémie ?

C'est dans cet esprit que nous avons recueilli le plus complètement possible trente observations qui ont trait à des femmes ayant présenté à la fin de leur grossesse un syndrome nettement caractérisé d'intoxication gravidique, syndrome suffisamment net dans tous les cas pour avoir nécessité, au cours même de leur grossesse, leur hospitalisation à la deuxième infirmerie. Ces observations, que nous nous sommes efforcés de classer suivant les directives qui nous ont été données par notre Maître M. le Professeur Voron, nous permettent de préciser dans chaque cas la marche exacte du travail et de la délivrance, de rapporter ces faits aux différentes formes cliniques observées chez nos malades, et enfin, par la manière dont ces observations sont rédigées, d'apporter d'une façon très générale une contribution à l'étude des albuminuries au cours de la gestation.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Albuminurie au cours d'une grossesse précédente.

Albuminurie simple sans hypertension, ni œdèmes, ni rétention azotée, dans la grossesse actuelle.

Accouchement prématuré spontané rapide d'un enfant vivant à huit mois et quart. Aucun incident.

Mme B..., tertipare, âgée de 30 ans, a eu la rougeole dans son enfance.

Elle a fait une fausse couche de 2 mois et demi, en 1925, mais sans avoir présenté d'albumine.

Une deuxième grossesse en 1927, au cours de laquelle elle présenta de l'albuminurie à partir du sixième mois. Malgré un traitement énergique institué à la Maternité, elle fit de l'éclampsie au septième mois, et accoucha prématurément à sept mois et demi d'un enfant, mort au cours du travail. L'albuminurie disparut deux mois après l'accouchement.

La grossesse actuelle est la troisième.

La malade vient à la consultation, enceinte de six mois et demi.

On lui trouve de l'albumine. Elle entre à l'infirmerie..

Dernières règles: 20 août 1928.

Accouchement probable: 30 mai 1929.

L'examen obstétrical montre une tête mobile, en O.

I. G.

Les bruits du cœur sont entendus.

On institue un traitement énergique.

4 avril, dans les urines :

Sels biliaires traces.

Coefficient de Maillard 7,73

20 avril:

Sels biliaires présence.

Coefficient de Maillard 11,63

Il n'y a pas de signes cliniques de prééclampsie.

L'albuminurie oscille de 0,50 à 1 gr. 50 0/00.

Tension artérielle : 120/75.

B.-W.: négatif.

L'état général reste bon, l'enfant est vivant.

9 mai 1929. — ACCOUCHEMENT.

Début des douleurs à 3 heures.

Les membranes étaient rompues, la veille, à 18 heures.

Liquide amniotique clair.

Le dégagement se fait en occipito-pubienne.

La dilatation a duré 4 h. 50.

La durée totale du travail est de 5 heures.

Sortie du délivre à 8 h. 20.

Perte sanguine estimée à 450 grammes.

Durée de la délivrance : 20 minutes.

L'enfant est une fille vigoureuse, de 1.350 grammes.

Le *placenta* pèse 300 grammes et présente de nombreux infarctus sur la face maternelle.

OBSERVATION II

*Eclampsie au cours du travail chez une albuminurique
(albuminurie constatée au cours de la grossesse).
Application de forceps. Enfant vivant.*

Mme G..., 43 ans, est une secondipare qui a un enfant vivant de 8 ans et demi, en bonne santé.

Elle ne présente pas d'antécédents pathologiques, sauf de la dysenterie amibienne.

Les dernières règles sont du 5 novembre 1929.

La date probable de l'accouchement est le 15 août 1930.

On ne note rien de particulier pendant la grossesse; il n'y a pas eu d'albumine.

Le 17 août 1930 :

La malade entre dans le service avec un très léger début de travail.

Il y a un nuage d'albumine.

Tension artérielle: 145/80.

Pendant 36 heures, la malade présentera de petites douleurs, sans autre chose à signaler.

Le 18 août:

A 17 heures, la malade ressent des douleurs qui sont exagérées.

En quelques heures, pour la calmer, on lui administre 5 grammes de chloral et 1 centigramme de morphine.

Le 19 août :

Dosage de l'urée dans le sang : 0 gr. 44 0/00.

Albuminurie: 1 gr. 0 /00.

Tension : 150/90.

Le 20 août. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent à 16 heures.

Rupture des membranes à 23 heures.

Liquide amniotique boueux.

21 août:

La dilatation est complète à 10 heures.

Pendant le travail, dans l'espace d'une heure, la malade présente *trois crises d'éclampsie typiques*. On fait une saignée de 600 grammes.

Engagement par le sommet. Bruits du cœur perçus.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 11 h. 20.

La dilatation a duré 18 heures.

Le travail ne progressant plus et l'enfant présentant des signes de souffrance, on intervient: on pratique *une application de forceps* sur la tête, à la *partie inférieure de l'excavation*. Forceps de difficulté moyenne (10 minutes).

L'enfant, étonné, est difficilement ranimé ; il pèse 4.250 grammes.

On fait un point au périnée.

La sortie du délivre a lieu par refoulement à 11 h. 30.

La délivrance a duré 10 minutes.

La perte sanguine est insignifiante.

Le placenta, sans altération, pèse 740 grammes.

OBSERVATION III

Albuminurie gravidique, sans œdèmes, ni hypertension, ni rétention azotée, apparue à la fin de la grossesse. Accouchement spontané à terme assez rapide. Deux points de suture.

Mme X..., âgée de 21 ans, est une primipare enceinte de huit mois et demi. Elle est envoyée, le 15 septembre 1930, à l'infirmerie, pour albuminurie, qui a été découverte par l'examen systématique des urines.

Les dernières règles sont du 2 au 5 janvier 1930.

La date probable de l'accouchement est le 12 octobre.

La malade a été réglée à l'âge de 15 ans, et depuis toujours régulièrement.

Elle ne présente pas de passé gynécologique et n'a jamais eu d'albumine antérieurement.

La grossesse a été bien supportée et la malade n'a ressenti aucun trouble fonctionnel.

Elle ne présente pas d'œdèmes et il n'y a pas de retentissement cardio-vasculaire.

On découvre seulement *un disque assez important d'albumine.*

Tension artérielle 130/80

Urée sanguine 0 gr. 38 0/00

B.-W. négatif

L'examen obstétrical montre une présentation en O.

I. G. A., avec tête amorcée.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus.

11 octobre. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté le 10 à 22 heures.

Les membranes s'étaient rompues prématurément à

11 h. 50.

La dilatation est complète le 11 à 5 heures.

Engagement en O. I. G. A., le 11 à 4 h. 30.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 6 h. 55.

La dilatation a duré 7 heures.

L'expulsion a duré 1 h. 55.

L'ensemble de l'accouchement, 8 h. 55.

Pendant le travail: déchirure périnéale nécessitant deux points de suture musculo-cutanés.

Le délivre est extrait par refoulement à 8 heures.

La perte sanguine est normale.

L'enfant, de sexe masculin, est vigoureux et pèse 3.430 grammes.

Le placenta, du poids de 520 grammes, ne présente pas d'altération.

OBSERVATION IV

Albuminurie assez grave surveillée pendant la grossesse.

Accouchement prématuré spontané (à terme d'après les règles). Pas d'incident.

Mme M..., primipare, est âgée de 18 ans.

Elle a eu une très bonne santé dans l'enfance, et n'a jamais présenté de maladies graves ni d'albuminurie.

Les dernières règles sont du 20 août 1930.

La date probable de l'accouchement est le 30 mai 1931.

Quinze jours avant terme, on constate une albuminurie massive, alors que quinze jours auparavant, la malade n'en présentait aucune trace.

16 mai :

Très bon état général. Pas d'œdèmes perceptibles au niveau des membres inférieurs, mais depuis un mois, l'entourage de la malade lui a signalé une bouffissure de la face, qui, actuellement, ne se traduit par aucun signe net.

Albuminurie	3 gr. 0/00
Urée sanguine	0 gr. 35 0/00
Tension artérielle	135/70
B.-W.	négatif.

19 mai :

Grosse quantité d'albumine.

Maillard 2,6

Diurèse 2.200 gr.

La malade repart chez elle et reviendra se faire examiner.

Il s'agit donc d'une albuminurie accompagnée de rétention chlorurée, sans hypertension nette, ni hyperazotémie.

25 mai. — ACCOUCHEMENT.

Début des douleurs à 4 heures.

Engagement en O. I. G. A.

Bruits du cœur fœtal perçus.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 21 h. 15.

Le délivre est extrait par refoulement à 22 h. 10, soit 55 minutes après.

La perte sanguine est normale.

L'enfant, de sexe féminin, est vigoureux et pèse 2.130 grammes.

Le placenta, de 460 grammes, présente des infarctus blancs sur la face fœtale.

OBSERVATION V

Albuminurie simple constatée au troisième mois et surveillée pendant la grossesse.

Accouchement prématuré spontané à huit mois et demi, de durée moyenne et de marche normale.

Mme P..., âgée de 21 ans et demi, a eu une *coxalgie* à l'âge de 11 ans. Il en est résulté un *bassin vicié* par asymétrie forte, due à l'atrophie de l'hémibassin du côté malade avec redressement du côté sain.

Les dernières règles sont du 8 au 12 octobre 1930.

La date de l'accouchement probable est le 20 juillet 1931.

Au moment où la malade vient se faire examiner, c'est-à-dire le 26 janvier, sa grossesse est de trois mois et demi environ.

Elle a présenté quelques vomissements bilieux le matin, au cours du premier mois.

Il y a une quinzaine de jours, la malade a présenté un

état grippal léger, au cours duquel elle urina souvent mais peu à la fois.

Elle est vue par le Docteur Pigeaud à la consultation des expectantes. On lui trouve alors un gros disque d'albumine et elle entre à la 2^e infirmerie.

Elle n'a jamais accusé ni œdèmes, ni céphalées, ni troubles de la vue.

Albuminurie	2 gr. 0/00
Maillard	10,3
Tension	125/80

Au toucher : On perçoit un col ramolli.

Un utérus de trois et demi environ.

Le promontoire n'est pas atteint.

29 janvier :

Albuminurie	2 gr. 0/00
Urée sanguine	0 gr. 19 0/00
B.-W.	négatif.

La malade quitte le service. Elle doit suivre chez elle un traitement et un régime, et revenir se faire examiner.

Durant l'évolution de la grossesse, son état reste stationnaire.

29 juin. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté à 7 heures.

La dilatation est complète à 20 heures.

Les membranes se sont rompues à 19 h. 50.

Liquide amniotique clair.

Engagement en O. I. G. A.

Bruits du cœur fœtal perçus.

La rotation est complète à 20 h. 50.

Le dégagement se fait en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 21 heures.

La dilatation a duré 13 heures.

L'expulsion a duré 1 heure.

L'ensemble de l'accouchement, 14 heures.

L'expulsion spontanée du délivre a lieu un 1/4 d'heure après, soit à 21 h. 15.

La perte sanguine est nulle.

L'enfant est un fille vigoureuse de 3.200 grammes.

Le placenta pèse 470 grammes et ne présente aucune altération.

OBSERVATION VI

Albuminurie avec légère hypertension et ictère, ayant débuté au septième mois.

Accouchement prématuré spontané à huit mois, de marche rapide, sans incident.

Mme B... est envoyée dans le service pour albuminurie et ictère, le 29 septembre 1931.

C'est une malade de 43 ans, tertipare, enceinte de sept mois.

On relève dans ses antécédents personnels :

Une fausse-couche.

Une grossesse normale : enfant vivante, de 11 ans.

Pas d'antécédents pathologiques. Mari bien portant.

Les dernières règles sont du 28 janvier 1931.

La date probable de l'accouchement est le 8 novembre.

L'examen obstétrical montre un sommet amorcé. Les bruits du cœur fœtal sont entendus.

L'albuminurie a été constatée il y a un mois.

Auparavant, des examens répétés n'en avaient pas révélée.

La malade apporte trois feuilles d'analyses récemment pratiquées :

8 septembre : 2 gr. 50 0/00.

23 septembre : 2 gr. 50 0/00.

29 septembre : 5 gr. 0/00.

A l'entrée : Malade ayant bon aspect, mais présentant un léger ictère qui daterait de huit jours. Il y a un très léger œdème malléolaire. Pas de troubles fonctionnels de rétention azotée.

Cœur normal. Tension à 160/120.

Urée sanguine : 0 gr. 48 0/00.

Urines foncées d'ictérique, avec *un gros disque d'albumine*.

3 octobre. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent à 18 heures.

A 19 h. 30, le col est perméable à deux doigts.

Engagement en O. I. G.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 21 h. 15.

La durée totale du travail a été de 3 h. 15.

La sortie du délivre a lieu spontanément à 22 heures, soit 45 minutes après.

La perte sanguine est estimée à 800 grammes.

L'enfant est une fille vigoureuse de 1.630 grammes.

Le placenta pèse 340 grammes et ne présente aucune altération.

OBSERVATION VII

Eclampsie lors d'une grossesse antérieure.

Apparition de l'albuminurie et des œdèmes au sixième mois.

Hypertension légère. Pas d'hyperazotémie.

Eclampsie convulsive vers la fin du huitième mois.

Accouchement spontané, rapide, sans incidents, à huit mois, d'un enfant vivant et vigoureux.

Mme M..., âgée de 27 ans, entre dans le service le 3 décembre 1928, pour pré-éclampsie au voisinage du terme.

Elle est au huitième mois de sa grossesse.

Elle a eu une première grossesse bien supportée, il y a cinq ans : enfant né à terme, actuellement bien portant.

...Une deuxième grossesse en janvier 1927 : pas d'albuminurie diagnostiquée, mais éclampsie grave à sept mois et demi. Devant la gravité des crises on provoqua le travail. La malade accoucha d'un enfant vivant, pesant 1.700 grammes, qui mourut à 10 mois de broncho-pneumonie.

L'albumine disparut dans les suites de couches.

La troisième est la grossesse actuelle.

Dernières règles : 28 mars 1928.

Accouchement probable : 8 janvier 1829.

La malade est surveillée, lorsque le 15 novembre 1928 de volumineux œdèmes apparaissent au niveau des membres inférieurs et au niveau de la face, mais l'albuminurie n'est pas encore apparue. Elle n'apparaît que le 23 novembre.

Le 30 novembre, les œdèmes diminuent un peu sous l'influence d'un régime sévère, mais un syndrome pré-éclamptique s'installe avec céphalées, vomissements, oligurie.

Le 3 décembre, deux crises convulsives se produisent avec morsure profonde de la langue. La malade entre dans le service.

Les œdèmes ont rétrocedé, la tension artérielle est à 150/120, le taux de l'albuminurie est de 7 gr. 0/00.

Troubles psychiques légers faisant penser à la manie aiguë.

L'utérus est petit, du volume d'un utérus gravide de 7 mois. Les bruits du cœur fœtal sont perçus.

4 décembre 1928 :

On pratique une saignée de 500 grammes et une ponction lombaire décompressive. On donne 5 grammes de chloral.

Diurèse : 1.800 gr. ; Albuminurie : 7 gr. 0/00.

5 décembre :

Diurèse : 3.000 gr. ; Albuminurie : 3 gr. 0/00.

6 décembre :

Diurèse : 2.000 gr. ; Albuminurie : 3 gr. 0/00.

7 décembre :

Diurèse : 2.000 gr. ; Albuminurie : 4 gr. 0/00.

8 décembre :

Diurèse : 1.200 gr. ; Albuminurie : 5 gr. 0/00.

9 décembre :

Diurèse : 2.000 gr. ; Albuminurie : 3 gr. 0/00.

10 décembre — ACCOUCHEMENT.

Après avoir passé une bonne nuit, la malade est brusquement prise de douleurs, à 4 heures du matin. A 8 heures, elle accouche spontanément d'un enfant vivant qui pèse 1.360 grammes.

Le placenta pèse 450 grammes et présente deux noyaux infarctoïdes sur la face maternelle. L'expulsion du délivre a eu lieu à 9 heures.

L'albuminurie tombe à 0 gr. 80 0/00, et la tension à 120/80.

OBSERVATION VIII

Albuminurie gravidique de type hypertensif et chlorurémique.

Prééclampsie au voisinage du terme.

Accouchement spontané rapide d'un macéré de 2.550 grammes. Pas d'incidents.

Mme M... est une primipare de 26 ans, qui ne présente aucun antécédent pathologique et qui a subi une appendicectomie en 1926.

Dernières règles : 17 décembre 1927.

Accouchement probable: 25 septembre 1928.

Elle présente des vomissements depuis le début de sa grossesse, ainsi que des œdèmes des jambes datant du mois de juin.

Le 14 septembre 1928 :

La malade vient à l'infirmerie pour syndrome pré-éclamptique. Depuis deux jours sont apparus des céphalées, des vomissements et des troubles oculaires.

On constate une albuminurie massive dont le taux s'élève à 3 gr. 0/00. La tension est à 140/90.

Les bruits du cœur sont perçus.

17 septembre :

Malgré le traitement et le régime il n'y a pas d'amélioration nette et l'on n'entend plus les bruits du cœur fœtal. Mais la diurèse a augmenté.

Un examen du fond d'œil (Docteur Bussy) montre à droite une papillite sans hémorragie rétinienne, qui paraît devoir être rapportée à l'albuminurie. A gauche, il n'y a rien à signaler.

19 septembre. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté à 15 heures.

Les membranes se sont rompues à 20 h. 30.

Liquide amniotique chocolaté.

Le dégagement s'est fait en occipito-pubienne.

L'accouchement était terminé à 22 h. 10.

Durée de l'expulsion : 10 minutes.

La durée totale du travail a été de 7 h. 10.

La sortie du délivre a eu lieu à 23 h. 40.

La perte sanguine fut normale.

La délivrance a duré 30 minutes.

L'enfant, de sexe féminin, est macéré et pèse 2.550 grammes.

Le placenta pèse 410 grammes et présente deux infarctus blancs.

OBSERVATION IX

Albuminurie et œdèmes apparus pendant le septième mois.

Pas d'hypertension ni d'hyperazotémie.

Accouchement prématuré provoqué cinq jours avant le terme.

Mme M..., primipare, âgée de 25 ans, entre à la deuxième infirmerie le 5 avril 1929, pour albuminurie apparue brusquement au septième mois de la grossesse.

Dans ses antécédents, on note une scarlatine à l'âge de 16 ans.

Dernières règles: 22 juillet 1928.

Accouchement probable : 2 mai 1929.

L'examen obstétrical montre :

Une tête fixée en O. I. G. A.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus. La malade présente un gros œdème de la face et surtout des paupières.

Albuminurie	2 gr. 0/00
Sels biliaires dans les urines	0
Pigments biliaires	0
Acétone	0
Coefficient de Maillard	12
B.-W.	négatif.
Tension artérielle	130/80
Urée sanguine	0 gr. 30 0/00

On prescrit un régime sévère, mais le taux de l'albuminurie continue à monter.

13 avril :

Diurèse	2.500 gr.
Albuminurie	3 gr. 0/00
Tension	130/80

20 avril :

Diurèse	3.000 gr.
Albuminurie	3 gr. 60 0/00
Tension	140/80
Coefficient de Maillard	12,34

En somme, malgré le repos et le régime, l'état de la malade ne s'améliore pas.

On décide alors de provoquer l'accouchement.

24 avril :

Une première bougie est introduite à 11 heures.

25 avril :

Quelques douleurs apparaissent avec expulsion du bouchon muqueux.

26 avril :

On enlève la première bougie et on en introduit une nouvelle.

Le soir, la température atteint 38°.

On enlève cette deuxième bougie.

Le col est épais, perméable à deux doigts, la poche des eaux intacte, la tête amorcée en O.I.G.

On donne 6 grammes de chloral.

27 avril. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent à 10 heures.

Les membranes se rompent à 20 h. 30.

Le liquide amniotique est boueux, et fétide en fin de travail.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus.

28 avril :

L'accouchement est terminé le 28 avril, à 7 h. 20.

Le dégagement se fait en occipito-pubienne.

La dilatation a duré 21 heures.

L'expulsion a duré 15 minutes.

L'ensemble de l'accouchement, 21 h. 15.

L'enfant, du sexe féminin, naît étonné et pèse 2.600 grammes.

La sortie du délivre a lieu le 28 avril, à 7 h. 50, par refoulement.

Le placenta pèse 460 grammes et présente deux infarctus sur la face maternelle.

OBSERVATION X

Eclampsie lors d'une grossesse antérieure. Plusieurs fausses-couches faisant penser à la spécificité, mais sans signes de certitude.

Apparition de l'albuminurie et des œdèmes à sept mois et demi de grossesse. Pas d'hypertension nette, pas d'hyperazotémie.

Eclampsisme.

Accouchement spontané rapide d'un enfant vivant, un mois avant terme. Pas d'incident.

Mme G..., 41 ans, entre dans le service le 22 mars 1930 pour prééclampsie.

Trois fausses-couches : en 1920, 1921, 1922. Toutes trois à trois mois et demi.

En 1924 : Accouche d'un enfant vivant actuellement

En 1925 : Cinquième grossesse non surveillée.

Eclampsie à la fin du septième mois.

Expulsion d'un prématuré qui, assez vigoureux à la naissance, meurt à 10 mois.

Disparition complète de l'albuminurie dix jours après l'accouchement.

Grossesse actuelle : Dernières règles : 20 juillet 1929.

Accouchement probable : 25 avril 1930.

Apparition de l'albuminurie le 10 mars 1930.

A cette date s'installe un œdème généralisé avec céphalées et troubles de la vue.

21 mars : Sensation de barre épigastrique.

22 mars, jour de l'entrée : Etat prééclamptique.

Tension 160/90

Urée sanguine 0 gr. 40 0/00

Diurèse 900 grammes

Examen des urines :

Albuminurie 8 gr. 0/00

Pigments biliaires néant.

Sels biliaires traces.

Acétone néant.

Chlorures 2 gr. 45 0/00

Urée 20 gr. 0/00

Maillard 8,32

Examen obstétrical : Tête fixée en O. I. G. A.

Bruits du cœur fœtal nettement perçus.

B.-W. et Hecht : négatifs.

25 mars. — ACCOUCHEMENT.

Début des douleurs à 13 h. 45.

A 17 h. 50 :

Dilatation complète.

Rupture des membranes.

Liquide amniotique clair.

Accouchement spontané.

Dégagement en occipito-pubienne.

A 17 h. 55, l'accouchement est terminé.

La dilatation a duré 4 h. 05.

L'expulsion : 5 minutes.

A 18 h. 30 : Sortie du délivre.

La délivrance a duré 35 minutes.

La perte sanguine est insignifiante.

L'enfant, vigoureux, pèse 1.700 grammes.

Le placenta pèse 440 grammes. Il présente de nombreux infarctus sur la face maternelle.

OBSERVATION XI

Albuminurie et œdèmes apparus au septième mois.

Légère hypertension sans hyperazotémie.

Accouchement spontané à huit mois et demi, sans incident.

Mme C..., âgée de 19 ans, enceinte de huit mois, entre dans le service le 17 janvier 1931, pour albuminurie de la grossesse à forme grave, de type chlorurémique.

C'est une primipare sans antécédents pathologiques.

Les dernières règles datent du 15 mai 1930.

La date probable de l'accouchement est le 25 février 1931.

Le 14 janvier 1931 : Elle va consulter son médecin parce que :

Des œdèmes volumineux sont apparus à la face et aux jambes. Ils augmentent sans arrêt depuis 8 jours.

Présence d'albumine dans les urines.

Pas de céphalées, pas de troubles visuels.

15 janvier 1931 : Elle rappelle le médecin pour augmentation considérable du volume des œdèmes.

17 janvier : La malade est adressée au Docteur Gauthierand, qui la fait entrer à la 2^e infirmerie. L'examen montre une bouffissure très marquée de la face.

Au niveau des membres inférieurs, œdème gardant le godet.

Gros œdème vulvaire avec ulcération.

Tension : 155/90.

Albuminurie : 7 gr. 0/00. La malade prétend avoir eu 16 grammes chez elle.

Présentation en O. I. D. P.

Les bruits du cœur sont nettement entendus.

18 janvier :

Tension 145/100

Albuminurie 4 gr. 0/00

19 janvier :

Tension 145/100

Albuminurie 11 gr. 0/00

20 janvier :

Tension 150/100

Albuminurie 9 gr. 0/00

22 janvier :

Tension 150/100

Albuminurie 7 gr. 0/00

Comme la malade souffre de céphalées légères, on fait une petite saignée de 200 grammes.

B.-W. négatif.

23 janvier :

Urée sanguine 0 gr. 50 0/00

4 février :

Urée sanguine 0 gr. 25 0/00.

9 février :

Tension 140/90

Albuminurie 3 gr. 0/00

11 février. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté hier, 10 février, à 14 h. 30.

La rupture des membranes a lieu le 11 février, à 8 heures 30.

Le liquide amniotique est clair.

La dilatation est complète à 10 h. 45.

Le dégagement se fait en occipito-pubienne.
L'accouchement est terminé à 11 h. 05.
La dilatation a duré 20 heures 15.
L'ensemble de l'accouchement, 20 h. 35.
Le délivre est extrait par refoulement à 11 h. 45.
La perte sanguine est normale.
La délivrance a duré 40 minutes.
L'enfant, vigoureux, de sexe féminin, pèse 1.650 gr.
Le placenta pèse 330 grammes. Il présente un infarctus blanc sur la face maternelle et un foyer hémorragique récent.

OBSERVATION XII

Apparition de l'albuminurie et des œdèmes au voisinage du terme.
Légère hypertension. Pas d'hyperazotémie.
Accouchement à terme, d'un enfant normal, qui meurt au cours d'une extraction laborieuse. Forceps.

Mme V..., âgée de 19 ans, ouvrière, rentre dans le service pour albuminurie sévère de la grossesse, de type chlorurémique, avec œdèmes.

Primipare, sans antécédents particuliers.

Les dernières règles datent du 28 juillet 1930.

La date probable de l'accouchement est le 7 mai 1931.

Elle est parvenue *au terme de sa grossesse.*

Elle présente assez souvent des douleurs lombaires et des vomissements.

A l'examen : On note des varices de la vulve, une présentation en O. I. G. A. avec tête fixée.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus.

Le 12 mai :

L'albuminurie apparaît brusquement au taux de 4 grammes 0/00.

On constate, de plus, un volumineux œdème des jambes, gardant le godet ; le faciès est bouffi, les paupières œdématisées.

Le 13 mai :

B.-W.	négatif.
Urée sanguine	0 gr. 30 0/00
Tension.	160/110
Diurèse	1.800 gr.
Albuminurie	4 gr. 0/00

Le 16 mai :

La malade présente un syndrome chlorurémique très net sans augmentation de l'urée sanguine.

La tension paraît se fixer à 160/100.

Diurèse	2.400 gr.
Albuminurie.	2 gr. 0/00

Une saignée et la diète hydrique ont amené une amélioration nette.

17 mai :

Tension.	160/110
Diurèse.	2.400 gr.
Albuminurie.	3 gr. 0/00

19 mai :

Tension.	140/90
Diurèse	2.200 gr.
Albuminurie	2 gr. 0/00

20 mai. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté le 18 mai, à 6 heures du matin.

La dilatation n'est complète que le 20, à 9 h. 10.

Mais les membranes se sont rompues dès le 19, à 13 heures.

Le liquide amniotique est verdâtre, abondant, méconial à la fin.

L'engagement a lieu le 20 mai, à 9 h. 15.

On fait *une dilatation manuelle du col et une application de forceps dans l'excavation.*

Le dégagement se fait en occipito-sacrée.

L'accouchement est terminé à 9 h. 30.

L'enfant naît flasque, pâle, et ne peut être ranimé. Il meurt. On trouve à l'autopsie une hémorragie méningée.

L'enfant pesait 3.600 grammes.

La sortie du délivre a lieu à 10 heures. L'extraction du placenta se fait par refoulement. Il pèse 650 grammes et présente des infiltrations calcaires sur la face maternelle, ainsi que trois infarctus de petit volume.

La perte sanguine peut être estimée à 700 grammes.

OBSERVATION XIII

Albuminurie de la fin de la grossesse avec œdèmes et hypertension.

Eclampsie du travail à dilatation complète.

Forceps sur le plancher périnéal. Enfant vivant.

Mme M..., âgée de 19 ans, entre dans le service le 18 avril 1931, pour albuminurie. De nationalité hongroise et ne parlant pas le français, son interrogatoire est impossible.

Elle est enceinte de huit mois environ :

Hauteur utérine : 32 centimètres.

Présentation en O. I. G. avec tête fixée.

Bruits du cœur fœtal perçus.

A l'entrée :

Température à 37°.

Tension: 165/115.

Albuminurie : 8 gr. 0/00.

Les membres inférieurs présentent un œdème assez volumineux, le facies est bouffi.

La malade souffre de céphalées, mais on ne peut lui faire préciser si elle ressent des troubles sensoriels.

On institue un traitement énergique.

20 avril :

Tension à 140/85.

Œdèmes légèrement diminués.

B.-W. très positif.

mais : Albuminurie à 12 gr. 0/00.

Diurèse : 300 à 400 grammes.

Céphalées tenaces.

On fait une saignée.

21 avril :

Sous l'influence du régime et du traitement, le taux de l'albuminurie tombe de 12 à 5 gr. par litre, les œdèmes diminuent, la tension baisse. En outre, on note la disparition des troubles oculaires et de la céphalée. Urée sanguine : 0 gr. 60 0/00.

25 avril :

Nouvelle augmentation progressive de la tension coïncidant avec une augmentation du taux de l'albuminurie : 10 gr. 0/00.

Cependant la diurèse s'améliore : 1.250 grammes.

Si les œdèmes sont stationnaires, la céphalée et les troubles sensoriels paraissent tendre à l'aggravation.

26 avril :

L'état de la malade empire manifestement.

Albuminurie 12 gr. 0/00

Diurèse 600 gr.

Tension. 150/115

Augmentation des œdèmes.

Diète hydrique.

27 avril :

Albuminurie 8 gr. 0/00

Mais tension 155/120

28 avril :

On fait une saignée de 300 grammes. La tension descend à 145/85.

Urée sanguine : 0 gr. 60 0/00.

1^{er} mai :

L'état est stationnaire.

La tension remonte à 160/110.

Diurèse entre 800 et 1.200 grammes.

Albuminurie : 3 à 4 gr. 0/00.

Les œdèmes persistent, mais il n'y a plus de céphalées, ni de troubles sensoriels.

2 mai. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent à 3 heures .

La malade entre à la salle de travail à 10 heures.

A ce moment le col est perméable à deux doigts.

On donne à la malade un lavement purgatif et d'emblée 3 grammes de chloral.

Elle perd spontanément les eaux à 10 h. 30.

A l'examen : Col effacé, perméable à deux doigts.

Tête orientée en O. I. G. A., non refoulable.

A 15 h. 45 : *Première crise d'éclampsie*. On examine aussitôt la malade : la dilatation est complète. On appelle l'interne du service pour pratiquer *une application de forceps*.

Pendant ce temps, *deux autres crises d'éclampsie* se produisent.

Anesthésie générale à l'éther.

La tête est sur le périnée en O. I. G. A.

Trois tractions modérées suffisent pour fixer le sous-occiput au sous-pubis.

Dégagement à la main en occipito-pubienne.

L'engagement s'était fait à 15 heures.

La rotation était complète à 15 h. 50.

L'accouchement est terminé à 15 h. 55.

Durée de la dilatation : 12 h. 45.

Durée de l'expulsion : 10 minutes.

Durée totale de l'accouchement : 12 h. 55.

La sortie du délivre a lieu par refoulement à 16 h. 30.

La délivrance a duré 35 minutes.

La perte sanguine peut être évaluée à 400 grammes.

Enfant vigoureux, de sexe féminin, du poids de 3.300 grammes.

Le placenta pèse 420 grammes. Il présente plusieurs infarctus blancs sur la face maternelle ; en outre, hémorragie placentaire et on remarque un caillot qui a déprimé le placenta en cupule de 6 cm. de diamètre environ.

OBSERVATION XIV

Albuminurie de la grossesse sans prééclampsie.

Hypertension marquée.

Mort du fœtus in utéro au septième mois, suivie de son expulsion spontanée, sans incidents.

Mme B..., âgée de 24 ans, est une primipare sans antécédents pathologiques et qui a toujours eu une bonne santé.

Dernières règles : 3 juin 1928.

Accouchement probable : 10 mars 1929.

Le 22 décembre 1928 :

Sans avoir présenté le moindre symptôme alarmant, la malade vient faire surveiller sa grossesse. C'est alors que l'on découvre *une forte albuminurie*. On fait entrer la malade à l'infirmerie.

A l'entrée : Aucun symptôme subjectif.

La tension artérielle est de 160/110 et le taux de l'albuminurie est de 4 gr. 0/00.

L'auscultation montre que l'enfant est mort, les bruits du cœur fœtal n'étant pas perçus.

On soumet la malade à un régime très strict, ce qui provoque une baisse de l'albuminurie dont le taux tombe à 1 gramme.

3 janvier 1929 :

Expulsion d'un macéré à 12 h. 50, du poids de 780 grammes.

Le placenta pèse 200 grammes.

Tout s'est passé sans incident.

OBSERVATION XV

Albuminurie gravidique avec hypertension.

Accouchement spontané d'un enfant mort, à sept mois et trois semaines. Pas d'incident pendant le travail, ni pendant la délivrance.

Mme D..., secondipare de 32 ans, a présenté à 20 ans, dit-elle, une albuminurie transitoire, pendant deux mois, sans cause apparente.

Comme autre antécédent, on note une fausse-couche d'un mois et demi.

Les dernières règles sont du 3 au 7 mai 1929.

Accouchement probable : 13 février 1930.

L'albuminurie actuelle a débuté à 6 mois et demi de la grossesse.

A l'entrée :

Albuminurie	notable.
Diurèse	2.500 grammes.
Tension	170/100

Urines :

Albumine.	1 gr. 80 0/00
Sels et pigments biliaires	—0

Maillard. 11,55

Urée sanguine 0 gr. 59 0/00

B.-W. négatif.

Hecht : très positif.

L'examen obstétrical montre que l'enfant est vivant.

L'examen du fond d'œil (Docteur Paufigue) décèle un léger degré de rétinite.

Bien que la malade soit soumise au traitement habituel et à un régime sévère, il se produit une augmentation considérable du taux de l'albuminurie qui monte jusqu'à 12 grammes par jour, du 3 au 7 janvier.

7 janvier 1930. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté à 5 h. 30.

La dilatation est complète à 20 heures.

La rupture des membranes a eu lieu à 17 h. 30.

Liquide amniotique chocolaté.

Le dégagement se fait en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 20 h. 10.

Durée de la dilatation : 15 heures.

Durée de l'expulsion : 10 minutes.

Durée totale du travail : 15 h. 10.

Sortie du délivre à 20 h. 30.

Perte sanguine normale.

Durée de la délivrance : 20 minutes.

Enfant mort-né, de sexe féminin, présentant déjà de l'opacité de la cornée. Poids : 1.880 gr.

Le placenta pèse 370 grammes et présente de nombreux infarctus sur la face maternelle.

OBSERVATION XVI

Prééclampsie au septième mois de la grossesse.

Expulsion spontanée d'un enfant macéré.

Péritonite à type septicémique. Mort au quinzième jour.

Mme A... est une primipare de 25 ans qui présente des *stigmates d'hérédo-syphilis* : surdité datant de l'enfance.

Six frères ou sœurs morts en bas âge.

B.-W. négatif.

Hecht positif.

Les dernières règles sont du 7 au 10 mai 1929.

Accouchement probable pour le 18 février 1930.

La malade entre dans le service le 8 janvier 1930 avec des signes de prééclampsie.

La tension artérielle est à 230/150.

Depuis un mois, l'enfant serait mort *in utero* ; les bruits du cœur ne sont pas perçus.

On fait un traitement immédiat : saignée, chloral.

Le taux de l'urée dans le sang est de 0 gr. 22 0/00.

Coefficient de Maillard : 16,95.

11 janvier 1930 :

Expulsion spontanée, à la 2^e infirmerie, d'un enfant macéré de 900 grammes.

Cependant, les signes d'intoxication persistent.

La malade présente *une amaurose presque totale*, et l'examen oculaire révèle (Docteur Paufigue) une rétinite grave bilatérale.

Il y a en outre de la température et des signes péritonéaux discrets.

Au treizième jour : septicémie péritonéale foudroyante suivie de mort deux jours après.

OBSERVATION XVII

Albuminurie grave de la grossesse avec signes de pré-éclampsie.

Hypertension. Azotémie légère.

Accouchement prématuré provoqué, très rapide, se déroulant normalement.

Mme C..., âgée de 41 ans, présente les antécédents suivants :

6 *accouchements* spontanés d'enfants actuellement vivants.

2 *fausses-couches* de 3 et 4 mois, sur lesquelles on n'a pas de précisions.

Le début de l'albuminurie remonte à 5 ans, pendant le cours de la sixième grossesse. Ce sixième enfant est vivant, mais débile. Depuis cette époque ont eu lieu les 2 fausses-couches, et la malade a présenté une albuminurie intermittente.

Dernières règles : 25-30 mai 1929.

Accouchement probable : 5 mars 1930.

1^{er} *janvier* 1930 : début de l'albuminurie actuelle, accompagnée de douleurs lombaires et d'œdèmes.

Le 9 février, la malade a présenté des céphalées, des vomissements, des troubles visuels, ainsi qu'une asthénie extrême.

Le 12 février, elle entre à l'infirmerie avec des symptômes nets de prééclampsie.

Tension artérielle 190/120

Urines :

Diurèse 400 gr.

Albuminurie 10 gr. 0/00

Sels et pigments biliaires 0

Chlorure de sodium 7 gr. 0/00

Maillard	7,36
Urée	12 gr. 5 0/00
<i>Sang :</i>	
Cholestérine	1 gr. 60 0/00
Urée.	0 gr. 47 0/00

Une ponction lombaire montre :

Un liquide céphalo-rachidien eau de roche.

Une tension au manomètre de Claude à 33.

Un taux de l'urée à 0 gr. 40 0/00.

L'examen du fond d'œil (Docteur Paufigue) révèle un œdème papillaire bilatéral avec des hémorragies en flammèches le long des vaisseaux, ainsi que de grosses plaques de rétinite périmaculaires.

Malgré un traitement sévère, l'état est toujours grave.

20 février :

Albuminurie	6 gr. 50 0/00
Urée sanguine	0 gr. 60 0/00
Tension artérielle	200/110

En outre, la malade présente des signes d'insuffisance cardiaque : tachycardie et galop.

Ce même jour, dans l'intérêt de l'enfant, on introduit une bougie de Krause.

Au début du travail, la malade fait une crise d'œdème aigu du poumon, nécessitant une saignée de 500 grammes.

21 février. — ACCOUCHEMENT.

Début des douleurs à 3 heures.

Dilatation complète à 4 h. 25.

Rupture artificielle des membranes à 4 h. 15.

Liquide amniotique clair.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 4 h. 30.

Durée de la dilatation : 1 h. 25.

Durée de l'expulsion : 5 minutes.

Durée totale du travail : 1 h. 30.

La délivrance est faite par refoulement à 5 h. 30, une heure après.

La perte sanguine est insignifiante.

L'enfant, de sexe masculin, né étonné, pèse 2.200 gr.

Le placenta est de 340 grammes et ne présente pas d'altérations.

OBSERVATION XVIII

Syndrome prééclamptique, à l'arrivée, chez une malade non surveillée.

Hypertension.

Accouchement spontané à terme, assez rapide et sans incident.

Mme B..., âgée de 40 ans, a eu trois accouchements antérieurs normaux.

La grossesse actuelle n'a pas été suivie, et la malade arrive dans le service au début du travail.

A l'entrée, le 22 juillet 1930, elle présente un syndrome prééclamptique typique : céphalées, douleurs épigastriques, troubles de la vue, grosse albuminurie.

Tension artérielle : 180/115.

Au cœur : rien à signaler.

Urée sanguine : 0 gr. 52 0/00.

22 juillet. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent à 8 heures.

Une heure et demie après, le col est perméable à un doigt.

L'accouchement est terminé à 19 h. 30.

Durée totale du travail : 11 h. 30.

La délivrance a eu lieu une demi-heure après par refoulement.

La perte sanguine est normale.

L'enfant, du sexe féminin, est vigoureux et pèse 3.500 grammes.

Le placenta, du poids de 740 grammes, ne présente aucune altération.

OBSERVATION XIX

Albuminurie gravidique chez une femme soupçonnée de spécificité, et chez qui l'on fait le traitement habituel. Eclampsie quelques heures après la dernière injection de novarsénobenzol.

Hypertension.

Accouchement prématuré spontané à sept mois et demi, de marche normale.

Mme D..., âgée de 40 ans, est actuellement enceinte pour la sixième fois.

Bien que la réaction de Wassermann soit négative, *elle est soupçonnée de syphilis* ; il ne lui reste qu'un enfant vivant de ses grossesses antérieures.

Les dernières règles datent du 18 novembre 1929.

La date probable de l'accouchement est le 28 août 1930.

Pendant sa grossesse, où l'on ne constate pas d'albuminurie, on lui fait un traitement spécifique.

Le 23 juillet :

Injection de 0 gr. 45 de novarsénobenzol.

Pas d'albuminurie.

A 16 heures, *première crise* d'éclampsie typique :

Tension : 180/100.

Disque cailleboté d'albumine.

Saignée. Chloral.

A 18 heures : *deux autres crises.*

Les jours suivants, la malade est prostrée, mais ne fait pas d'autres crises.

Le 24 juillet : Albuminurie à 0 gr. 10 0/00.

Dans les jours suivants, l'albumine disparaît ; la diurèse est satisfaisante, mais malgré la baisse du taux de l'albuminurie, la tension se maintient à 190/120.

L'urée sanguine est à 0 gr. 45 0/00.

La tension continue à augmenter et la malade accuse des céphalées violentes.

27 et 28 juillet. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent le 27, à 14 heures.

La dilatation est complète le 28, à 20 h. 25.

Rupture des membranes à la même heure.

Liquide amniotique clair.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé le 28, à 20 h. 30.

Durée de la dilatation : 30 h. 25 .

Durée de l'expulsion : 5 minutes.

Durée totale du travail : 30 h. 30.

Délivrance une heure et demie après.

L'enfant est un garçon vigoureux de 1.720 grammes.

Le placenta pèse 270 grammes ; il est normal.

OBSERVATION XX

*Eclampsisme au septième mois avec grosse hypertension.
Accouchement spontané rapide d'un enfant macéré.*

Mme N..., âgée de 35 ans, est une primipare qui présente les antécédents suivants :

Pas de maladies dans l'enfance.

A 18 ans : anémie, céphalées, albuminurie, pas d'œdèmes ; guérison après un mois.

Depuis : bonne santé apparente.

Dernières règles : 28 décembre 1929.

Accouchement probable : 7 octobre 1930.

La malade est vue à la consultation de la grossesse, le 20 juin 1930 : pas d'albumine.

Le 15 juillet :

Céphalées violentes sans autres troubles.

Pas d'œdèmes.

Elle entre dans le service, le 1^{er} août, après avoir été examinée à nouveau à la consultation, où on lui a trouvé une albuminurie massive formant un précipité caillé-botté.

Tension artérielle : 270/160.

Examen des urines :

Albuminurie	10 gr. 0/00
Pigments biliaires	néant.
Sels biliaires	traces.
Chlorure de sodium	4 gr. 45 0/00
Urée	14 gr. 45 0/00
Maillard	6,77
Diurèse	1.000 gr.

Au point de vue obstétrical, rien de particulier.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus.

On ne note rien à signaler à l'examen des divers appareils. Le cœur est normal. Il n'y a pas d'œdèmes et l'état général est relativement satisfaisant, malgré une anémie légère.

Urée sanguine : 0 gr. 40 0/00.

Indicanémie : néant (Dr Thiers).

Dans les jours suivants, malgré le traitement (saignée, chloral) les signes ne s'améliorent pas sensiblement.

L'albuminurie persiste entre 3 et 4 gr. 0/00.

La tension est toujours élevée : 240/150.

Diurèse entre 500 et 800 grammes.

En outre, la malade présente quelques vomissements et de l'obnubilation.

9 août : dosage de l'urée sanguine : 0 gr. 95 0/00.

12 août : les bruits du cœur fœtal ne sont plus entendus.

13 août : ACCOUCHEMENT.

Début des douleurs à 9 h. 30.

Rupture des membranes à 10 heures.

A 11 h. 45 : tête à la vulve.

Terminaison de l'accouchement à 11 h. 45.

Durée totale du travail : 2 h. 15.

Le délivre est extrait par refoulement à 12 heures.

La délivrance a donc duré un quart d'heure, avec perte sanguine normale.

L'enfant, du sexe masculin, est mort-né et pèse 1.160 grammes.

Le placenta de 260 gr. présente de nombreux infarctus blancs.

OBSERVATION XXI

Albuminurie avec hypertension, ayant débuté à huit mois et demi.

Accouchement spontané à terme, assez rapide et de marche normale.

Mme B... est une tertipare âgée de 43 ans :

Un enfant mort à trois mois.

Un enfant vivant, en bonne santé.

La malade n'a pas d'antécédents connus.

La grossesse actuelle est bien supportée.

Dernières règles : 15 novembre 1929.

Accouchement probable : 25 août 1930.

L'albuminurie a débuté quelques jours après la fin juillet, date de l'entrée aux expectantes.

18 août : la malade entre à l'infirmerie.

Albuminurie	1 gr. 0/00
Tension	180/110
B.-W.	négatif.
Urée sanguine	0 gr. 48 0/00

Le cœur est normal.

D'après l'examen du laboratoire de Bactériologie, il n'y a pas de pus dans les urines.

22 août. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté le 21 à 22 heures.

La dilatation est complète le 22 à 4 heures.

Rupture artificielle des membranes à ce moment.

L'engagement se fait en O.I.G.

Le dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 6 heures.

Durée de la dilatation : 6 heures.

Durée de l'expulsion : 2 heures.

Durée totale du travail : 8 heures.

Le délivre est expulsé spontanément à 7 h. 15.

L'enfant, de sexe masculin, qui est né étonné, pèse 4.000 grammes.

Le placenta, du poids de 800 grammes, ne présente pas d'altération.

Intégrité des membranes.

OBSERVATION XXII

Albuminurie du dernier mois de la grossesse, chez une secondipare ayant présenté les mêmes manifestations lors de la première grossesse.

Hypertension et azotémie ayant résisté au traitement médical.

Accouchement provoqué à huit mois et demi, de marche très rapide. Pas d'accidents.

Mme C..., âgée de 23 ans, est une malade envoyée de la consultation de grossesse, à la 2^e infirmerie, pour albuminurie.

Elle a eu une première grossesse, au cours de laquelle elle entra dans le service pour albuminurie apparue au huitième mois.

Elle accoucha le 11 juin 1927, à huit mois, d'un enfant qui mourut au bout de 9 mois. L'albuminurie persista malgré le régime, pendant 6 mois.

Deuxième grossesse actuelle :

Les dernières règles sont du 12 mars 1930.

La date probable de l'accouchement est le 20 décembre 1930.

La malade vient régulièrement à la consultation.

Le 21 novembre :

On lui trouve un gros disque d'albumine et on la fait entrer dans le service.

Depuis huit jours, elle a souffert de maux de tête, de douleurs lombaires et dans le bas-ventre, survenant surtout le soir.

Ces phénomènes disparaissent après quelques jours de séjour à l'infirmerie.

La température et le pouls sont normaux.

Au cœur, rien à signaler.

Tension artérielle 155/100

Dans les urines :

Albumine 1 gr. 05 0/00

Maillard 4,85

Dans le sang :

Urée 0 gr. 59 0/00

B.-W. négatif.

26 novembre :

Malgré le repos au lit et une diurèse satisfaisante, la tension artérielle monte progressivement; cependant, il n'y a pas d'œdèmes.

La malade repart chez elle, où elle se soignera, et à la sortie :

Albuminurie	1 gr. 0/00
Maillard	4,85
Urée sanguine	0 gr. 59 0/00
B.-W.	négatif.
Tension artérielle	175/125

Malgré les symptômes maternels, l'enfant paraît de volume normal et les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus.

La malade doit revenir dans 8 jours.

1^{er} décembre.

L'enfant paraissant volumineux et les symptômes maternels persistant, *on décide de provoquer le travail*, bien que la situation ne soit pas très grave.

4 décembre. — ACCOUCHEMENT.

Introduction d'une bougie de Krause à 9 h. 30.

Les douleurs débutent à 10 h. 25.

A 11 h. 50, rupture spontanée de la poche des eaux.

La dilatation est complète à 12 heures.

Engagement en O.I.G.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 12 h. 20.

La durée de la dilatation a été de 1 h. 35.

Celle de l'expulsion de 20 minutes.

L'ensemble de l'accouchement a duré 1 h. 55.

La délivrance a lieu par refoulement 40 minutes après.

La perte sanguine est normale.

L'enfant est un garçon vigoureux de 3.900 grammes.

Le placenta, normal, pèse 670 grammes.

OBSERVATION XXIII

Albuminurie avec hypertension, pendant le dernier mois de la grossesse.

Accouchement spontané à huit mois un tiers, de marche rapide.

Episiotomie unilatérale.

Mme G..., primipare de 29 ans, ne présente aucun antécédent pathologique.

La date probable de l'accouchement est le 27 mars 1931.

Jusqu'au 15 février 1931, la malade n'a pas présenté d'albumine.

A partir de cette date, il en apparaît quelques traces.

Quelques jours après, il se produit une brusque augmentation de l'albuminurie qui, malgré le régime, monte jusqu'à 6 gr. 0/00.

Le 3 mars : A l'entrée dans le service :

Albuminurie massive.

Oligurie (500 gr.).

Il n'y a pas d'autres signes de prééclampsie, ni céphalée, ni barre épigastrique.

Tension artérielle 175/95

Urée sanguine 0 gr. 40 0/00

B.-W. négatif.

Depuis l'augmentation du taux de l'albumine, il y a un léger œdème des membres inférieurs.

L'examen obstétrical montre :

Une grossesse de huit mois.

Un sommet fixé.

Bruits du cœur perçus.

5 mars. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent à 12 heures.

La dilatation est complète à 14 heures.

Liquide amniotique clair.

Engagement en O.I.D.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 15 h. 50.

La dilatation a duré 2 heures.

L'expulsion a duré 1 h. 50.

L'ensemble de l'accouchement : 3 h. 50.

Au cours du travail, M. le professeur Voron pratique une *épisiotomie unilatérale*, après laquelle on fait deux points de suture.

La sortie du délivre a lieu par refoulement à 16 h. 30, 40 minutes après l'accouchement.

La perte sanguine est normale.

L'enfant, né étonné, est un garçon du poids de 2.800 grammes.

Le placenta pèse 520 grammes et présente quelques infarctus sur la face maternelle.

Les membranes sont complètes.

OBSERVATION XXIV

Spécificité probable traitée durant la grossesse, chez une tertipare.

Albuminurie grave avec hypertension, surveillée dans le service.

Etat prééclamptique traité par la saignée.

Bassin rétréci.

Travail spontané à terme, Lenteur du travail.

Tentative de version par suite de température et de souffrance fœtale.

Extraction impossible de la tête dernière.

Craniotomie. Suites légèrement fébriles.

Mme G..., âgée de 33 ans, tertipare, est envoyée de la consultation à l'infirmerie pour albuminurie.

Elle en a déjà présenté lors de ses deux grossesses antérieures.

Première grossesse : Enfant mort-né. Accouchement prématuré à 8 mois.

Deuxième grossesse : Forceps. Enfant mort à huit mois et demi d'entérite.

La troisième grossesse est la grossesse actuelle.

Dernières règles : 22 juin 1930.

Accouchement probable : 2 avril 1931.

Le 1^{er} décembre 1930.

A la consultation, on ne trouve pas d'albumine.

Tension 150/85

Le 2 mars 1931.

Apparition de l'albuminurie. La malade entre dans le service.

Elle présente des maux de tête depuis quelques jours et un volumineux œdème des membres inférieurs.

A l'entrée :

Température 37°

Tension 180/140

Albuminurie 0 gr. 25 0/00

Urée sanguine 0 gr. 50 0/00

B.-W. positif.

La malade a d'ailleurs suivi durant sa grossesse un traitement spécifique.

22 mars : Urée sanguine : 0 gr. 45 0/00.

7 avril.

Début des douleurs à 20 heures.

La malade entre à la salle de travail à 21 h. 15.

Le col est perméable à deux doigts et la tête mobile au détroit supérieur.

La poche des eaux se rompt spontanément à 23 heures.

Le liquide amniotique est méconial; on perçoit les bruits du cœur.

8 avril. — ACCOUCHEMENT.

La dilatation n'est complète que le 8 à 21 heures.

Pendant ce temps, la température est montée à 39°5, et la malade délire.

La tête est toujours au détroit supérieur.

On pratique d'abord l'abaissement d'un pied, puis celui du deuxième. L'extraction est lente.

Mais il est impossible d'extraire la tête dernière, car il y a rétraction de l'anneau de Bandl et du col.

L'enfant a succombé pendant ces manœuvres.

On fait alors une craniotomie sur tête dernière.

L'accouchement est terminé à 21 h. 10.

L'intervention a duré 35 minutes.

Durée totale du travail : 25 h. 10.

Pendant le travail, il s'est produit une déchirure périnéale. On fait un point de suture musculo-cutané.

Le délivre est extrait par refoulement 25 minutes après.

La perte sanguine est normale.

L'enfant, de sexe masculin, pèse 2.520 grammes, moins la substance cérébrale.

Le placenta est de 470 grammes, avec des infarctus et des hémorragies récentes sur la face maternelle.

OBSERVATION XXV

Ostéotomie sous-trochantérienne à 19 ans et demi.

Troubles psychiques.

Albuminurie des trois derniers mois de la grossesse avec œdèmes et hypertension.

Grossesse gémellaire univitelline.

Extraction des deux enfants, sans incidents.

Mme V... est une primipare âgée de 23 ans, envoyée dans le service par le Dr Brochier pour albuminurie, le 31 juillet 1931.

Dernières règles : 16 novembre 1930.

Accouchement probable : fin août 1931.

Dans les antécédents de la malade, on note quelques maladies d'enfance, une coxalgie à 11 ans, une ostéotomie sous-trochantérienne par le Dr Vignard. De plus, quelques crises de délire aigu à l'âge de 19 ans, pour lesquelles la malade a été soignée à Bron pendant six mois.

L'examen de la grossesse actuelle révèle une gémellité certaine (vérifiée par la radiographie) : un siège et un sommet, ainsi qu'un léger hydramnios.

24 juillet.

Apparition d'une albuminurie assez importante.

Mise au régime et au repos.

L'amélioration ne se produisant pas vite, la malade entre à la 2^e infirmerie le 31 juillet.

A l'entrée :

Quelques épistaxis. Pas de céphalées.

Lassitude générale.

Visage légèrement bouffi.

Œdème bilatéral remontant jusqu'aux genoux.

Vomissements bilieux presque quotidiens, le matin.

Les urines sont très foncées, presque rouges avec un dépôt important. Il existe une oligurie marquée.

Albuminurie	2 gr. 0/00
Tension	170/120
Maillard	10,96
Urée sanguine	0 gr. 38 0/00
B.-W.-	négatif.

5 août.

Albuminurie	5 gr. 0/00
Tension	185/130

On fait une saignée.

6 août.

Tension	165/115
---------------	---------

Diurèse peu abondante.

Urines rouges, contenant certainement du sang, dont l'examen montre la présence d'albumine, de sang, de pus, d'urates et de phosphates.

10 août.

Sous l'influence d'un régime sévère, la diurèse augmente : 1.500 gr.

Disparition du sang dans les urines.

L'albumine diminue mais la tension monte à 190/130.

12 août.

La diurèse se maintient élevée. Les urines sont claires, mais la tension est toujours haute.

13 août.

Décharge de 8 gr. d'albumine par litre.

Urée sanguine : 0 gr. 26 0/00.

15 août. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté la veille à 19 heures.

Les membranes s'étaient rompues prématurément une heure avant le début des douleurs.

La dilatation est complète le 15, à 13 heures.

Extraction du siège pour le premier enfant.

Version pour le second.

Dégagement en sacro-transverse.

Terminaison le 15 à 14 h. 10 et 14 h. 20.

La dilatation a duré 18 heures.

L'expulsion a duré 1 h. 10.

L'ensemble de l'accouchement 19 h. 10.

Déchirure périnéale suivie de deux points de suture.

Le délivre est extrait par refoulement à 15 h. 30.

La perte sanguine peut être estimée à 500 grammes.

Les enfants, du sexe masculin, pèsent 2.100 grammes chacun.

Placenta unique de 1.000 grammes, sans altération.

OBSERVATION XXVI

Albuminurie à répétition. Accouchement prématuré habituel d'enfants petits mais vigoureux.

Néphrite chronique probable. Hypertension.

Accouchement prématuré rapide à huit mois, par le siège. Pas d'incidents.

Mme F... est une tertipare âgée de 37 ans.

On note dans ses antécédents :

Une grippe très grave pendant l'épidémie de 1918.

Une première grossesse en 1926 : alors que la malade n'avait pas d'albumine au cours des sept premiers mois, elle fit une crise de prééclampsie à sept mois et quart, suivie de l'accouchement à l'Hôtel-Dieu d'un enfant vivant de 1.700 grammes, actuellement en bonne santé. Les suites ne furent pas surveillées.

Une deuxième grossesse en 1929 : surveillée à la Croix-Rousse. Pas d'albuminurie jusqu'au huitième mois. A ce moment, à l'occasion d'un examen banal, on constata une albuminurie massive (17 gr.) sans syndrome prééclamptique. Hospitalisation et accouchement spontané d'un enfant de 1.800 grammes, actuellement vivant.

La grossesse actuelle a été surveillée à la Clinique Obstétricale.

Dernières règles : 1^{er} décembre 1930.

Accouchement probable : 10 septembre 1931.

On nota l'apparition d'un disque d'albumine au début du mois d'août, mais la malade ne présente pas d'œdèmes, alors qu'elle en avait lors des deux premières grossesses.

Albuminurie 0 gr. 50 0/00

Tension 180/110

Urée sanguine 0 gr. 35 0/00

L'examen obstétrical montre qu'il s'agit d'un siège; les bruits du cœur sont perçus.

28 août. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté le 27, à 21 heures.

La dilatation est complète le 28, à 1 heure.

Les membranes se rompent à 1 h. 30.

Engagement en S.I.G.

Accouchement terminé à 1 h. 45.

Durée de la dilatation : 4 heures.

Durée de l'expulsion : 45 minutes.

L'ensemble de l'accouchement a duré 4 h. 45.

La délivrance a lieu spontanément 45 minutes après.

La perte sanguine peut être évaluée à 600 grammes.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2.250 grammes, et est né étonné.

Le placenta est normal, du poids de 550 grammes.

OBSERVATION XXVII

Albuminurie gravidique avec hypertension et œdèmes.

Accouchement spontané rapide à huit mois et quart, sans complications.

Mme C..., âgée de 30 ans, entre dans le service le 13 octobre 1931 pour albuminurie et œdèmes.

Elle est enceinte de sept mois et demi. C'est sa quatrième grossesse.

Elle n'a pas eu de maladies dans l'enfance.

Elle a présenté *une première grossesse* très bien supportée et l'enfant est actuellement vivant.

Puis deux fausses-couches d'origine indéterminée.

En avril 1930, la malade paraît avoir eu de l'oligurie avec urines rouges et épaisses, sans température, sans œdèmes et sans albumine. Soignée, sa guérison fut rapide et complète. Depuis lors, elle va très bien, lorsqu'elle redevient enceinte.

La date des dernières règles est le 23 février 1931.

L'accouchement aura probablement lieu le 1^{er} décembre.

Dès le début de cette grossesse, apparition d'une albuminurie légère qui cède au traitement et qui disparaît au quatrième mois.

Au mois d'août, l'albuminurie réapparaît avec des œdèmes généralisés et importants. Ceux-ci ont en partie disparu à la suite du régime, mais l'albuminurie a persisté à la dose de 1 gr. 50 0/00 en moyenne.

A l'entrée : Bon état général.

Léger œdème des membres inférieurs.

Diurèse	1.500 gr.
Albuminurie	1 gr. 50 0/00
Urée sanguine	0 gr. 45 0/00
B.-W.	négatif.
Réserve alcaline	61,3
Tension moyenne	160
Tension	190/140
Poids	76 kgs. 550

L'examen des divers appareils est négatif. En particulier, il n'y a rien au cœur.

L'examen obstétrical montre un enfant paraissant petit; les bruits du cœur sont entendus.

16 octobre.

Etant donnés les antécédents urinaires de la malade, on prélève aseptiquement des urines pour examen complet.

19 octobre.

L'examen bactériologique des urines montre une flore microbienne banale. Les cultures sont stériles.

L'examen cytologique révèle la présence de quelques polynucléaires et de quelques cellules desquamées.

20 octobre.

Depuis l'entrée, l'état de la malade s'est amélioré. Les

céphalées ont disparu, les œdèmes ont diminué (perte de poids d'un kg) et la diurèse a augmenté.

Le fœtus est petit; B. C. positifs.

Par contre, l'albumine persiste entre 1 et 2 gr. 0/00 et la tension a tendance à monter, s'établissant à 210/140.

On fait une saignée de 500 grammes, et la tension tombe à 180/130.

Urée dans le sang : 0 gr. 32 0/00.

29 octobre.

Tension : 180/130.

Pas de troubles fonctionnels.

La malade maigrit de 500 grammes par jour.

Les urines sont abondantes. L'albuminurie persiste à 1 gr. 25 0/00.

3 novembre.

L'état paraît nettement amélioré. La diurèse est fixée à 1.800 grammes.

Albuminurie : 0 gr. 50 0/00. Cependant la tension artérielle persiste à 200/140, avec tendance à l'augmentation de la tension moyenne.

18 novembre. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent à 21 heures.

Les membranes se rompent à la même heure.

Le liquide amniotique est clair.

La dilatation est complète le 19, à 2 heures.

Engagement en O.I.G.

La rotation est complète le 19 à 2 heures.

Le dégagement se fait en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé le 19, à 2 h. 30.

La dilatation a duré 5 heures.

La durée de l'expulsion a été de 30 minutes.

La durée totale du travail a été de 5 h. 30.

Délivrance normale 35 minutes après.

OBSERVATION XXVIII

Albuminurie gravidique chez une spécifique.

Hypertension. Rétention azotée.

Accouchement provoqué à huit mois trois quarts, de marche rapide et sans incident.

Mme B..., âgée de 18 ans, est une primipare qui aurait contracté la *syphilis* à l'âge de 13 ans, et qui n'a jamais été traitée.

Les dernières règles sont de fin avril 1929.

L'accouchement probable est pour le 6 février 1930.

La malade vient se faire examiner au début de janvier, à la consultation de grossesse; on lui découvre de l'albuminurie et on l'envoie à la 2^e infirmerie.

A l'entrée : Grossesse de 8 mois, bruits du cœur perçus.

Tension artérielle 140/80

Albumine 0 gr. 50 0/00

Urée dans le sang 0 gr. 41 0/00

Coefficient de Maillard 14,75

Il n'y a pas d'œdèmes.

Dans les jours suivants, malgré le repos et le régime :

Albuminurie 3 gr. 0/00

Tension 150/90

Urée sanguine 1 gr. 10 0/00

Diurèse 1.100 gr.

B.-W. très positif.

Devant l'inefficacité du régime et du repos, on décide de mettre la malade en travail.

21 janvier 1930. — ACCOUCHEMENT.

Introduction d'une bougie de Krause à 11 heures.

Les douleurs débutent à 14 heures.

Dilatation complète à 17 h. 50.

Les membranes se sont rompues à 14 h. 30.

Liquide amniotique clair.

Dégagement en occipito-pubienne.

L'accouchement est terminé à 18 h. 40.

Durée de la dilatation : 3 h. 50.

Durée de l'expulsion : 50 minutes.

Durée totale du travail : 4 h. 40.

L'enfant est un garçon vigoureux de 2.920 grammes.

La sortie du délivre a lieu à 19 h. 10.

La perte de sang est estimée à 500 grammes.

La délivrance a duré 40 minutes.

Le placenta, qui est sans altération, pèse 600 grammes.

OBSERVATION XXIX

*Albuminurie grave de la grossesse avec rétention azotée.
Accouchement prématuré provoqué à huit mois et quart,
de marche normale.*

Mme R..., âgée de 20 ans, originaire de Constantine, est une primipare, installée en France depuis deux ans.

C'est depuis son arrivée qu'elle aurait présenté des accidents palustres. Elle a pâli et un peu maigri. Cependant l'état général reste satisfaisant et il ne fut jamais constaté d'albuminurie dans ses antécédents.

Dernières règles : 12-20 septembre 1929.

Accouchement probable : 25 juin 1930.

L'albuminurie apparaît le 1^{er} mars 1930; elle est considérable et résiste au régime.

Le 5 mai 1930 : Elle entre à la 2^e infirmerie.

Elle ne présente pas d'œdèmes.

L'examen du fond d'œil est négatif ainsi que le B.-W.

Examen des urines :

Diurèse	1.500 gr.
Albuminurie	2 gr. 0/00.
Urée	3 gr. 62 0/00
Chlorure de sodium	7 gr. 2 0/00
Sels et pigments biliaires	néant.
Maillard	10,06

Sang :

Tension artérielle	130/75
Urée sanguine	1 gr. 06 0/00
Numération globulaire, 2.800.000 globules rouges	
— — — — —	7.000 globules blancs

En somme : Azotémie et anémie sans hypertension ni œdèmes.

L'examen obstétrical montre que l'enfant est vivant.

Un traitement sévère est institué, malgré lequel on constate :

Persistance de l'albuminurie à	2 gr. 0/00
Persistance de l'azotémie à ..	0 gr. 98 0/00
Diurèse importante	2.500 gr.
Indican dans le sang (D ^r Thiers).	

Pour éviter un obitus fœtal possible, *on décide de provoquer l'accouchement prématuré.*

31 mai : Introduction d'une bougie de Krause.

1^{er} juin : Apparition des premières douleurs à 12 heures.

La malade perd spontanément les eaux ce même jour à 23 heures.

Liquide amniotique clair, très abondant.

2 juin. — ACCOUCHEMENT.

La dilatation est complète à 3 heures.

A 4 heures, après une heure d'efforts expulsifs, *accouchement spontané* d'une fille vigoureuse qui pèse 2.350 grammes.

Le dégagement s'est fait en occipito-pubienne.

Durée totale du travail : 16 heures.

La sortie du délivre a lieu le 2 juin, à 5 heures, par refoulement.

Perte sanguine de 200 grammes.

Le placenta pèse 380 grammes et ne présente pas d'altération.

OBSERVATION XXX

Albuminurie constatée dès le début de la grossesse.

Azotémie.

Séjour à la 2^e infirmerie.

Accouchement prématuré à sept mois un tiers, sans aucun incident.

Grossesse gémellaire univitélline.

Persistance de l'albuminurie et de l'hyperazotémie dans les suites de couches.

Mme B..., âgée de 37 ans, est une tertipare qui entre dans le service le 7 avril 1931 pour albuminurie. Elle a deux enfants vivants et dans les grossesses précédentes on a toujours noté une albuminurie massive.

En 1914 et 1916 : Coliques néphrétiques avec œdèmes.

Actuellement, la malade est enceinte de 5 mois.

Les dernières règles sont du 4 novembre 1930.

La date probable de l'accouchement est le 14 août 1931.

A l'examen : Urines troubles.

Très gros disque d'albumine.

9 avril.

Diurèse entre 1.500 et 2.000 grammes.

Il y a un dépôt purulent dans les urines.

Albuminurie 0 gr. 90 0/00

Tension 140/85

Pas d'œdèmes.

Il s'agit donc d'une pyélonéphrite, mais le taux de l'albuminurie montre qu'il y a une participation rénale.

Urée sanguine 0 gr. 90 0/00

B.-W. et Hecht négatifs.

10 avril.

La malade part chez elle où elle se soignera.

20 avril.

Nouveau séjour à l'infirmerie. Mise au régime.

Urée dans le sang 0 gr. 40 0/00

Albuminurie 0 gr. 75 0/00

Maillard 2,20

Chlorures urinaires 7 gr. 0/00

Urée dans l'urine 5 gr. 75 0/00

12 mai.

Urée sanguine 0 gr. 87 0/00

Albuminurie 2 gr. 0/00

Tension 155/90

23 mai.

Troisième séjour. La malade souffre des reins, surtout du côté gauche, où la palpation est presque impossible.

Diurèse : 2.000 à 2.300 gr.

Tension 135/85

Urée sanguine 0 gr. 60 0/00

L'examen du fond d'œil est négatif.

6 juin.

Urée du sang 0 gr. 65 0/00

Il y a maintenant quelques troubles fonctionnels : céphalées, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles.

Albuminurie 1 gr. 0/00

Tension 150/100

Et surtout œdèmes gardant le godet qui montent jusqu'aux genoux.

20 juin.

Augmentation des œdèmes se traduisant par une augmentation de poids de 2 kgs en 8 jours.

Augmentation de la tension qui monte à 160/100.

Augmentation du taux de l'urée sanguine à 0 gr. 90 pour 1.000.

Cependant l'albuminurie reste inférieure à 1 gr. par litre et l'état général satisfaisant.

L'examen obstétrical montre que les bruits du cœur sont positifs.

23 juin. — ACCOUCHEMENT.

Les premières douleurs se produisent à 8 heures, donc au bout de 7 mois un tiers de gestation.

La malade vient de l'infirmerie à la salle des douleurs à 11 h. 20, avec ordre de lui faire une saignée de 300 à 400 grammes.

Mais comme les douleurs sont très rapprochées et que l'on note un écoulement sanguin, on examine la malade et on pense à une grossesse gémellaire, l'utérus ayant le volume d'une grossesse à terme bien que celle-ci ne soit que de 7 mois.

Au toucher : dilatation complète; poche des eaux volumineuse. On sent un fœtus en présentation du siège, S.I.G. mode des fesses.

On rompt artificiellement les membranes.

Extraction du premier jumeau à 11 h. 30.

L'interne pratique un toucher et sent une deuxième poche des eaux.

Le deuxième fœtus est en présentation de l'épaule gauche, dos en avant. On rompt la poche des eaux et on fait une version podalique par manœuvres internes.

Les enfants, du sexe féminin, pèsent le premier, 1.550 grammes; le second, 1.540 grammes.

Dégagement en sacro-transverse.

L'accouchement est terminé à 11 h. 35.

Expulsion spontanée du placenta, qui est unique, 20

minutes après. Il est complet, pèse 470 gr. et présente de nombreux infarctus sur la face maternelle.

La perte sanguine peut être estimée à 400 gr.

Durée de la dilatation : 3 h. 25.

Durée de l'expulsion : 10 minutes.

Durée totale du travail : 3 h. 35.

CHAPITRE III

Examen des faits observés

Nous avons donc recueilli trente observations de femmes ayant présenté une albuminurie au cours de leur gestation. Ainsi que nous l'avons déjà dit, et nous le répétons parce que c'est pour nous un point essentiel, il s'est toujours agi de formes graves, puisque toutes ces malades ont été hospitalisées à la deuxième infirmerie au cours même de leur grossesse. Parmi ces malades nous distinguerons quatre catégories :

1° Les malades chez lesquelles on a observé *simplement une albuminurie importante*, sans signe manifeste d'imperméabilité rénale. Nous possédons six observations.

2° Les malades chez lesquelles, en plus de l'albuminurie, on a observé *des œdèmes importants* témoignant d'une rétention chlorurée manifeste, sans hypertension et sans hyperazotémie nettes. Nous possédons sept observations.

3° Les malades chez lesquelles le symptôme dominant, sinon tout à fait exclusif, a été *l'hypertension*. Dans cette catégorie, nous ne tenons compte que de l'hypertension caractérisée avec maxima à 17 ou 18.

En lisant nos observations, on verra que certaines de nos malades ont présenté de légers œdèmes, mais parmi tous les cas classés dans ce groupe, c'est l'hypertension qui a été le symptôme majeur. Nous avons quatorze observations.

4° Chez trois malades, nous avons constaté une *hyperazotémie manifeste* et dans de tels cas, quoi qu'il en soit des signes associés, c'est évidemment ce symptôme qui domine le tableau clinique. Il s'est agi en effet, dans tous les cas, d'hyperazotémie permanente et supérieure à 0 gr. 80 0/00.

Nous allons voir dans chacune des catégories précédentes comment ont évolué les phénomènes du travail, en nous plaçant uniquement sur le terrain de la mécanique obstétricale, c'est-à-dire en étudiant : — *la durée du travail*, qui comprend les périodes de dilatation et d'expulsion, avec la valeur de la contraction utérine (hypertonie et hypotonie) :

— et aussi *la marche de la délivrance* ainsi que les accidents signalés au cours de ces deux périodes de l'accouchement.

Dans nos trente observations, sept accouchements ont trait à l'expulsion d'enfants morts, soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail; dans la majorité des cas il s'est agi d'accouchements prématurés; et dans cinq observations nous notons une mise en travail prématurée par le procédé de Krause.

I. — Formes albumineuses simples

Nous avons six observations dont nous donnons ci-dessous le résumé :

OBSERVATION I

Durée de la dilatation : 4 h. 50.

Durée de l'expulsion : 10 minutes.

Durée totale : 5 heures.

Durée de la délivrance : 20 minutes.

OBSERVATION II

Dilatation : 18 heures.

Expulsion lente terminée par un forceps : 1 h. 20.

Durée totale : 19 h. 20.

Délivrance : 10 minutes.

OBSERVATION III.

Dilatation : 7 heures.

Expulsion : 1 h. 55.

Durée totale : 8 h. 55.

Délivrance : 1 h. 05.

OBSERVATION IV.

Durée totale : 17 h. 15.

Délivrance : 55 minutes.

OBSERVATION V.

Dilatation : 13 heures.

Expulsion : 1 heure.

Durée totale : 14 heures.

Délivrance : 15 minutes.

OBSERVATION VI.

Durée totale : 3 h. 15.

Délivrance : 45 minutes.

Durée moyenne : Dilatation : 10 h. 40.

Expulsion : 1 heure.

Durée totale : 11 h. 20.

Délivrance : 35 minutes.

II. — Formes chlorurémiques

OBSERVATION VII.

Durée totale : 4 heures.

Délivrance : 1 heure.

OBSERVATION VIII.

Dilatation : 7 heures.

Expulsion : 10 minutes.

Durée totale : 7 h. 10.

Délivrance : 30 minutes.

OBSERVATION IX.

Dilatation : 21 heures.

Expulsion : 15 minutes.

Durée totale : 21 h. 15.

Délivrance : 30 minutes.

OBSERVATION X.

Dilatation : 4 h. 05.

Expulsion : 5 minutes.

Durée totale : 4 h. 10.

Délivrance : 35 minutes.

OBSERVATION XI.

Dilatation : 20 h. 15.

Expulsion : 20 minutes.

Durée totale : 21 h. 35.

Délivrance : 40 minutes.

OBSERVATION XII.

Dilatation : 51 h. 10.

Expulsion (forceps) : 20 minutes.

Durée totale : 51 h. 30.

Délivrance : 30 minutes.

OBSERVATION XIII.

Dilatation : 12 h. 45.

Expulsion (forceps) : 10 minutes.

Durée totale : 12 h. 55.

Délivrance : 35 minutes.

Durée moyenne : Dilatation : 19 h. 25.

Expulsion : 15 minutes.

Durée totale : 19 h. 35.

Délivrance : 35 minutes.

III. — Formes hypertensives

OBSERVATION XIV.

Accouchement rapide.

OBSERVATION XV.

Dilatation : 15 heures.

Expulsion : 10 minutes.

Durée totale : 15 h. 10.

Délivrance : 20 minutes.

OBSERVATION XVI.

Accouchement rapide.

OBSERVATION XVII.

Dilatation : 1 h. 25.

Expulsion : 5 minutes.

Durée totale : 1 h. 30.

Délivrance : 1 heure.

OBSERVATION XVIII.

Durée totale : 11 h. 30.

Délivrance : 30 minutes.

OBSERVATION XIX.

Dilatation : 30 h. 25.

Expulsion : 5 minutes.

Durée totale : 30 h. 30.

Délivrance : 1 h. 30.

OBSERVATION XX.

Durée totale : 2 h. 15.

Délivrance : 15 minutes.

OBSERVATION XXI.

Dilatation : 6 heures.

Expulsion : 2 heures.

Durée totale : 8 heures.

Délivrance : 1 h. 15.

OBSERVATION XXII.

Dilatation : 1 h. 35.

Expulsion : 20 minutes.

Durée totale : 1 h. 55.

Délivrance : 40 minutes.

OBSERVATION XXIII.

Dilatation : 2 heures.

Expulsion : 1 h. 50.

Durée totale : 3 h. 50.

Délivrance : 40 minutes.

OBSERVATION XXIV.

Dilatation : 25 heures.

Durée totale : 25 h. 10.

Délivrance : 25 minutes.

OBSERVATION XXV.

Dilatation : 18 heures.

Expulsion : 1 h. 15.

Durée totale : 19 h. 15.

Délivrance : 1 h. 15.

OBSERVATION XXVI.

Dilatation : 4 heures.
Expulsion : 45 minutes.
Durée totale : 4 h. 45.
Délivrance : 45 minutes.

OBSERVATION XXVII.

Dilatation : 5 heures.
Expulsion : 30 minutes.
Durée totale : 5 h. 30.
Délivrance : 35 minutes.

Durée moyenne : Dilatation : 10 h. 50.
Expulsion : 45 minutes.
Durée totale : 11 h. 35.
Délivrance : 45 minutes

IV. — Formes hyperazotémiques

OBSERVATION XXVIII.

Dilatation : 3 h. 50.
Expulsion : 50 minutes.
Durée totale : 4 h. 40.
Délivrance : 40 minutes.

OBSERVATION XXIX.

Dilatation : 15 heures.
Expulsion : 1 heure.
Durée totale : 16 heures.
Délivrance : 1 heure.

OBSERVATION XXX.

Dilatation : 3 h. 25.

Expulsion : 10 minutes.

Durée totale : 3 h. 35.

Délivrance : 20 minutes.

Durée moyenne : Dilatation : 7 h. 25.

Expulsion : 40 minutes.

Durée totale : 8 h. 05.

Délivrance : 40 minutes.

Sous forme de tableaux, nous venons de rapporter nos résultats. *Contrairement à ce que nous pensions* lorsque nous avons entrepris ce travail, nous ne trouvons pas de différences suffisamment nettes dans la durée de l'accouchement, suivant les catégories où nous avons classé nos malades, pour pouvoir en tirer des conclusions quant à l'influence des modifications de l'état humoral sur la contraction utérine. En particulier, il est bien certain que les moyennes que nous avons placées à la fin de chacun de nos tableaux ne possèdent pratiquement aucune valeur. C'est ainsi que nous voyons par exemple, la moyenne concernant la durée de l'accouchement chez les chlorurémiques être considérablement augmentée du seul fait de l'observation N° XII, dans laquelle il est question d'une inertie utérine relative, l'accouchement ayant duré 51 heures et ayant été du reste terminé artificiellement par une application de forceps. On pourrait donc être conduit à dire qu'il existe une inertie utérine chez les fem-

mes présentant un syndrome chlorurémique, et cependant, en dehors de cette observation XII, nous voyons que, dans tous les autres cas de cette catégorie, l'accouchement a eu une durée sensiblement normale.

De même, dans le groupe des albuminuries avec hypertension, à côté d'accouchements qui ont duré 30 heures, nous en trouvons d'autres dont la marche semble avoir été particulièrement rapide, cette remarque étant faite, bien entendu, en tenant compte de la parité.

Donc, chez les femmes ayant présenté une albuminurie grave au cours de la gestation, *la durée du travail paraît, dans l'ensemble, sensiblement normale*. Nous relevons bien, chez nos 30 malades, trois observations de forceps, ce qui constitue une très forte proportion d'interventions. Mais dans deux cas, il s'est agi d'applications de forceps pratiquées dans l'intérêt de la mère qui présentait, au cours même du travail, des crises d'éclampsie. Une fois seulement, nous notons une application de forceps pour inertie utérine.

Nous relevons également une craniotomie, mais là encore, il s'agit d'une intervention qui ne paraît pas en rapport avec le syndrome accompagnant l'albuminurie : bassin légèrement rétréci, mort de l'enfant au cours d'une extraction du siège, craniotomie sur tête dernière.

Si maintenant, quittant le terrain statistique, nous essayons de voir quelles sont les particularités constatées au cours du travail, nous ne trouvons rien de bien net.

En dehors de quelques cas d'inertie relative se traduisant par des contractions irrégulières on ne relève ni contractions exagérées, ni inertie grave, hormis un cas, celui qui concerne notre observation XII et dont nous avons déjà parlé.

Quant à la délivrance elle a toujours été à peu près normale.

Nous ne notons aucune délivrance artificielle, non plus qu'aucune révision utérine.

Aucune hémorragie grave n'est relevée. C'est à peine si, dans quelques observations, on constate une perte sanguine exagérée, qui, dans un cas, atteint 800 grammes. Mais ces pertes sanguines n'ont jamais nécessité de thérapeutique active, en dehors des petits moyens habituels : injections intra-utérines iodo-iodurées, extrait post-hypophysaire.

En somme, de l'analyse de nos trente observations, nous ne pouvons tirer, en dehors peut-être de cette notion que les formes chlorurémiques s'accompagnent d'un accouchement plus lent, aucune conclusion ferme quant à l'existence d'anomalies de la mécanique obstétricale chez les femmes ayant présenté une albuminurie sévère au cours de la gestation.

Au contraire, nous dirons que ces femmes accouchent habituellement bien et qu'en particulier, la période de la délivrance qui, « a priori », pourrait être redoutable chez de telles malades, n'a été marquée par aucun accident réel dans aucune de nos trente observations.

C'est là la conclusion de ce travail.

Il semble donc que, cliniquement du moins, des variations du milieu intérieur qui aussi importantes

que celles qui existent, par exemple, entre les malades présentant des œdèmes considérables et celles qui, sans aucune rétention chlorurée, présentent au contraire une grande hypertension, ne possèdent sur la tonicité, sur l'élasticité et sur la contractilité utérine aucune action manifeste. C'était là un point intéressant à préciser.

Au demeurant, en entreprenant cette thèse, nous avons eu surtout pour but d'exposer d'une façon complète un nombre important d'observations d'albuminurie au cours de la grossesse, et c'est en réalité, nous semble-t-il, ce qui peut faire l'intérêt de ce travail. Celui-ci, dans notre esprit, nous a permis, à propos d'un point un peu accessoire, d'effleurer cette question si intéressante, qui paraît actuellement en pleine évolution, des albuminuries au cours de la gestation.

Conclusions

I. — Nous avons relevé, au cours d'une période de trois ans, parmi les malades ayant séjourné à l'infirmerie de la Clinique obstétricale, trente observations de femmes ayant présenté au cours de leur gestation un syndrome d'albuminurie grave.

II. — Il s'agit, suivant les cas, soit d'albuminurie simple (albuminurie persistante à un taux supérieur à 25 centigrammes), soit d'albuminurie accompagnée de symptômes d'imperméabilité rénale, permettant de distinguer des formes chlorurémiques, hypertensives et hyperazotémiques.

III. — D'une manière générale, nous constatons, à propos de ces trente observations, que ces femmes qui, cependant, présentaient toutes une forme grave ayant nécessité leur hospitalisation au cours de la grossesse, accouchent mécaniquement d'une manière sensiblement normale.

IV. — La durée moyenne du travail calculée chez nos malades se trouve, dans l'ensemble, être de 12 h. 40.

La durée du travail paraît légèrement augmentée dans les cas de formes chlorurémiques, mais cette con-

clusion demandera à être vérifiée à l'aide d'un plus grand nombre d'observations.

V. — Quant à la période de la délivrance, elle n'a été marquée par aucun accident grave; à peine dans quelques observations, relève-t-on une perte sanguine un peu exagérée, sans qu'aucune thérapeutique active n'ait été rendue, en aucun cas, nécessaire, soit du fait d'une rétention, soit du fait d'une inertie utérine grave.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
<i>Le Professeur délégué,</i>	
ALBERT MOREL.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 31 Mai 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BROCHIER. — *Th. Lyon*, 1931. Six observations d'albuminurie accompagnée de rétention chlorurée au cours de la grossesse.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur.
- DESJACQUES. — *Th. Paris*, 1919-1920. Etude du fonctionnement rénal chez les femmes enceintes albuminuriques.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Accouchement.
- FABRE. — Précis d'obstétrique.
- GEREST. — *Th. Lyon*, 1913. Avortement dans les albuminuries gravidiques.
- GROSSE et MOISNARD. — *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1928.
- HOFSTEIN. — Azotémie de la gestation. *Gynécologie et obstétrique*, 1931, tome I, page 57.
- JEANNIN. — Pronostics des albuminuries au cours de la gestation. Leçons du jeudi soir de la clinique Tarnier, 1929.
- LEMIERRE. — Leçons de la clinique Baudelocque, 1923-1924.
- LEPAGE. — Pronostic éloigné de l'albuminurie chez les femmes enceintes. *Annales de gynécologie*, 1912, page 577.
- MATHIEU. — *Th. Paris*, 1927. Néphrites chroniques et gestation.

MOLEYRE. — Th. Lyon, 1931. Dix observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la grossesse.

PIGEAUD et THIERS. — Contribution à l'étude pathogénique de l'éclampsie.

— *Comptes rendus de la Société de Biologie*, tome XCVIII, page 1348.

PIGEAUD. — Apparition d'un syndrome prééclamptique chez une Brightique, plusieurs jours après la mort du fœtus in utero. *Lyon Médical*, 17 février 1929, page 196.

VALÉRY-RADOT. — Th. Paris, 1917-1918. Les méthodes d'exploration du fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques.

VINAY. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER	9
CHAPITRE II. — Observations	15
CHAPITRE III. — Examen des faits observés	71
CONCLUSIONS	83
BIBLIOGRAPHIE	85



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



